4e Année. No 12. 1er Décembre 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, In-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8° 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir.................... fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaires, lingual et pharyngien.* In-8, 5 pages. 0 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages.................... fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille.* In-8° 24 pages.. 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir.. fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte.................................. fr. 3 50

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8°, 17 pages.. fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages...................................... fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages.. fr. 1 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx.* In-8° 20 pages, ... 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Editeur.

4e Année. N° 12. 1er Décembre 1883.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne. — Des tumeurs adénoïdes;

Par le Dr J. Baratoux (1).

Signalées pour la première fois par Czermak, en 1860, ces tumeurs sont formées aux dépens d'un tissu existant normalement dans l'espace compris entre les deux pavillons des trompes, et principalement à la voûte du pharynx et à la partie supérieure de la paroi postérieure de cette cavité. Ce tissu, d'apparence glandulaire, appelé tissu cystogène (Kolliker), adénoïde (His), réticulé (Ranvier), est tellement développé vers le milieu de la voûte palatine du pharynx, que Luschka lui a donné le nom d'*amygdale pharyngienne*. Cette amygdale adhère, par sa

(1) Communication faite à la *Société Française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 Octobre 1883.

face profonde, au fibro-cartilage qui revêt la base du crâne; sa face superficielle est recouverte par la muqueuse pharyngienne.

Dans certains cas, elle peut s'hypertrophier au point de former de véritables tumeurs, qui arrivent à un développement tel qu'elles remplissent parfois toute la cavité. D'autres fois, ces tumeurs naissent sur les parties latérales du pharynx; elles sont alors généralement isolées, moins volumineuses, et revêtent une forme arrondie ou conique, en ruban ou en crête.

Je laisse de côté la classification de ces tumeurs et leur anatomie pathologique (voir *Progrès Médical*, n° 41; Cornil, *Société Anatomique*).

Tous les auteurs ont signalé le facies spécial des personnes atteintes de tumeurs adénoïdes : front bombé, partie moyenne de la face moins développée, nez pincé, maxillaire inférieur saillant au point que les dents de la mâchoire inférieure sont situées sur un plan plus antérieur que leurs correspondantes de la mâchoire opposée, bouche ouverte, tous symptômes donnant un air hébété et de stupidité à l'enfant qui est porteur de ces tumeurs. Joignez-y la forme particulière de la voûte palatine (en carène), la sècheresse de la bouche, les expectorations sanglantes, la gêne respiratoire déterminant l'arrêt de développement de la cavité thoracique, le ronflement, le nasillement et la difficulté d'émettre des sons nasaux, et l'on aura tout l'ensemble des symptômes déterminés par ces végétations.

Mais le siège de ces tumeurs est plus important à considérer que leur marche, car, si elles se développent dans le voisinage des trompes d'Eustache par exemple, elles les obstrueront et amèneront les complications très connues d'un tel état de choses.

On a dit que ces végétations étaient communes chez l'enfant et rares chez l'adulte. Nous avons vu dernièrement un cas de ces tumeurs développées chez une femme de trente-cinq ans; elles remplissaient toute la cavité pharyngienne. Malgré un coryza continuel, des éternuements répétés, des épistaxis qui se renouvelaient fréquemment et une dureté de l'oreille gauche assez accusée, le diagnostic de polypes des sinus frontaux fut porté par

deux de mes confrères, qui, ayant examiné les fosses nasales, n'avaient aperçu qu'une irritation légère de la muqueuse. Lorsque cette malade se présenta à notre consultation, nous trouvâmes tous les symptômes énoncés précédemment : la perception crânienne était bonne; l'acuité auditive à la montre était de 0,60 cent. à droite et de 0,56 cent. à gauche. A la suite d'un traitement par la méthode galvano-caustique, la malade fut débarrassée de ces tumeurs en une dizaine de séances, car le père, qui était médecin, craignant une hémorrhagie, ne nous permit d'enlever chaque fois que quelques morceaux de ces végétations. Lorsqu'elle en fut complètement débarrassée, l'acuité auditive redevint excellente, la respiration se fit par la bouche, etc., en un mot, tous les signes inhérents à ces tumeurs disparurent.

Mais ces végétations sont-elles aussi fréquentes que certains auteurs le prétendent?

Meyer dit en avoir observé 175 cas, dont 130 avec affection de l'oreille, pendant l'espace de cinq ans. Woakes en aurait vu 60; Michel, de Cologne, 92 en quatre ans; pour MM. Lœvenberg et Calmettes, elles seraient très fréquentes; cependant M. Lœvenberg n'en cite que quelques cas dans la brochure qu'il a publiée à ce sujet.

Contrairement à cette opinion, Voltolini dit qu'en Allemagne elles ne lui paraissent pas aussi communes; il en cite quatre cas; Wendt, en dix ans, n'en a opéré que deux; Stork n'en a observé qu'un petit nombre; Dubief en cite huit cas en deux ans. MM. Moure et Noquet nous ont dit n'en avoir constaté que rarement, quoique les ayant recherchées sur tous les sujets qu'ils ont pu observer.

Nous-même, sur plus de 500 malades que nous avons examinés, tant à notre clinique que dans notre pratique privée, nous n'en avons trouvé que 8 cas.

D'où vient cette divergence d'opinions? Avant de chercher à élucider cette question, passons en revue les modes d'exploration conseillés pour l'étude des affections du pharynx nasal en général, et des tumeurs adénoïdes en particulier.

La méthode la plus simple est l'*exploration digitale*, con-

sistant à introduire l'index dans le pharynx du patient que l'on a fait asseoir sur une chaise, de manière que la main soit au niveau de la bouche. L'index droit est dirigé rapidement derrière la face supérieure du voile du palais, pendant que la tête du malade est maintenue sous le bras gauche, le pouce pressant fortement la joue contre les dents, au niveau du bord antérieur du masseter, ce qui force le patient à ouvrir la bouche et à la maintenir dans cet état, car s'il cherche à mordre, c'est sa joue qui se présente sous les dents.

Zaufal a conseillé l'emploi de la *rhinoscopie antérieure.* Pour cela, il se sert d'un long spéculum cylindrique qui n'est pas toujours applicable, vu l'étroitesse relative des fosses nasales de beaucoup de malades.

Enfin, la dernière méthode est la *rhinoscopie postérieure.* J'engage le patient à maintenir sa langue au moyen d'un abaisse-langue tenu de la main droite, et à souffler par le nez d'une manière lente et continue, autant que la respiration le permet. Un court exercice rend facile l'examen du pharynx nasal chez presque tous les malades. Le miroir pharyngien, de plus petite dimension que le miroir laryngien, peut alors être introduit avec une main, l'autre restant libre pour les pansements ou les opérations.

D'après Meyer, aucun de ces moyens employé seul ne fournit une base suffisante pour établir le diagnostic physique des végétations adénoïdes. « L'exploration » digitale est pratiquement et scientifiquement préférable » aux autres procédés, dit-il, dans sa communication au » Congrès de Londres, en 1881, car l'examen avec le » pharyngoscope est difficile et peu satisfaisant. »

Woakes n'admet que le palper, la rhinoscopie ne pouvant être appliquée dans tous les cas.

Le professeur Politzer préfère aussi le toucher. C'est la seule méthode que nous ayons vu employer par ce distingué confrère dans son service de l'hôpital général de Vienne.

De Trœltsch dit « que l'inspection supérieure du pha» rynx à l'aide de petits miroirs est impraticable, sauf de » rares exceptions, chez les enfants au-dessous de dix » ans. La palpation de la région rétro-nasale n'en acquiert

» que plus d'importance. » Cependant il conseille l'emploi de la rhinoscopie postérieure.

« La palpation, dit aussi Creswell Baber, est la méthode » la plus universellement applicable. La rhinoscopie » postérieure n'est pas toujours pratique; elle nécessite » de l'adresse de la part du chirurgien et une certaine » préparation de la part du malade. »

M. Calmettes croit que la rhinoscopie antérieure donne rarement de bons résultats, que la rhinoscopie postérieure n'est pas toujours possible, et que l'exploration digitale, au contraire, est un moyen des plus infaillibles.

Si les auteurs précédents donnent l'avantage à la palpation, il en est d'autres qui la combinent à la rhinoscopie postérieure.

Störk et Voltolini n'accordent de valeur qu'à cette dernière.

Schalle est aussi d'avis que l'exploration digitale ne remplace qu'imparfaitement la rhinoscopie postérieure.

C. Michel, de Cologne, partage cette opinion, et il ajoute même avec raison que « la présence de toute » tumeur dans cette région facilite la pharyngoscopie, » parce qu'elle met obstacle aux mouvements du voile » du palais. » Il fait aussi usage du speculum nasal.

M. Lœwenberg combine l'emploi des trois méthodes.

Zaufal préconise la rhinoscopie antérieure pour laquelle il a fait construire son speculum.

Enfin, nous-mêmes donnons l'avantage à la rhinoscopie postérieure, quoique nous pratiquions préalablement les deux autres modes d'exploration; car ceux-ci ne nous donnent pas la certitude que l'on obtient par l'examen direct du pharynx avec le miroir.

De cette succincte analyse nous pouvons conclure que *presque tous les auteurs qui donnent la première place à la rhinoscopie postérieure dans l'exploration de la cavité pharyngienne n'ont vu qu'un petit nombre de tumeurs adénoïdes, contrairement à ceux qui préconisent l'exploration digitale.*

Et cela se comprend facilement, car en se basant simplement sur cette dernière méthode en présence d'enfants présentant des symptômes attribués aux tumeurs adénoïdes, on conseille immédiatement l'opération, sans se

rendre compte exactement de la cause qui produit ces troubles. Aussi sommes-nous de l'avis de Schalle, qui croyait que l'on faisait trop d'opérations sur les tumeurs adénoïdes.

Très souvent, des enfants ont été conduits à ce regretté savant pour qu'il les opère de végétations; mais l'examen rhinoscopique lui montrait que c'étaient les cornets inférieurs qui étaient la cause des symptômes attribués à tort aux végétations, oubliant que les obstructions des fosses nasales occasionnent les mêmes signes. « On a » malheureusement pris l'habitude de pratiquer seule- » ment l'exploration digitale sur tout enfant présentant » des symptômes suspects », écrit cet auteur; mais il faut substituer la rhinoscopie à cette méthode, qui ne donne ni résultat précis, ni l'aspect des parties. Au reste, la rhinoscopie postérieure n'est pas aussi difficile qu'on le croit généralement; nous n'avons rencontré que de bien rares cas dans lesquels nous n'ayons pas réussi, par cette méthode, à nous faire une idée nette de l'état de la cavité naso-pharyngienne.

Aussi n'hésiterons-nous pas à conseiller ce mode d'exploration comme étant supérieur à la palpation, d'autant plus que nous avons vu dernièrement deux cas dans lesquels l'exploration digitale a été cause d'erreur de diagnostic. Pour l'un d'eux, il n'en résulta aucune conséquence fâcheuse, car les parents du malade ont refusé, avec raison, toute intervention chirurgicale; mais il n'en a pas été ainsi de l'autre, qui a vu ses jours en danger par suite d'une hémorrhagie abondante.

Du premier malade (âgé de cinq ans), je dirai seulement qu'il présentait une hypertrophie considérable du perioste de la base du crâne, hypertrophie venant former pour ainsi dire tumeur dans la cavité pharyngienne, sans toutefois dépasser à peine la partie supérieure de l'orifice des fosses nasales.

Le deuxième malade, qui est venu à notre Clinique le 16 septembre dernier, est âgé de treize ans. Il est sourd depuis quatre ou cinq ans, époque à laquelle il a été pris d'un écoulement purulent des oreilles.

Il y a trois semaines il alla consulter un de nos confrères

qui, voyant le facies de ce jeune homme, porta le diagnostic de tumeurs adénoïdes. Il l'engagea à se laisser opérer afin de guérir son affection auriculaire.

Dès le jour même, au moyen d'une pince, on lui enleva de chaque côté de la gorge un morceau de chair de la grosseur d'une lentille. Trois jours après, nouvelle opération, qui ramena 3 morceaux de tissu; cette fois ce fut du côté gauche seulement que l'instrument fut porté. La semaine suivante, deux autres morceaux sont enlevés; ils avaient le même volume que précédemment. Enfin, une dernière fois, ce malade est opéré le 15 septembre; deux parties de chair sont enlevées, dit-il, la dernière était de la grosseur d'un pois. A la suite de cette dernière opération, il a remarqué un peu de sang mélangé à sa salive, et deux heures et demie après, c'est-à-dire vers deux heures de l'après midi, il a été pris d'épistaxis qui a duré trois heures environ; à ce moment, le sang est sorti par les oreilles, la bouche, le nez, au point qu'un autre confrère, le Dr Coupard a dû pratiquer le tamponnement des fosses nasales.

C'est le lendemain que ce jeune homme est venu nous consulter.

Facies caractéristique de l'obstruction des fosses nasales avec le cortège des symptômes concommitants. L'enfant est très pâle, très fatigué, sueurs froides; aussi remettons-nous au lendemain l'exploration du pharynx, nous contentant d'examiner les oreilles, dont l'une, la droite, offre une destruction complète du tympan, si ce n'est à sa partie supérieure, et dont l'autre est remplie de caillots sanguins. — Nous lui prescrivons un traitement tonique.

Le lendemain, en se mouchant, le malade a rejeté les cotons du nez.

Les fosses nasales sont remplies de mucosités. — A l'examen rhinoscopique postérieur, nous constatons : une hypertrophie du cornet inférieur droit telle, que la fosse nasale est complètement fermée. Sur sa face postérieure est une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes; elle peut s'étendre à 1 millimètre de profondeur; ses bords sont inégaux et déchiquetés.

La trompe d'Eustache gauche a subi aussi des dégâts considérables, toute la partie saillante du bord cartilagineux de son orifice guttural est détruite. En outre, nous constatons, à

l'union du vomer et de la base du crâne, un véritable labourage de ces parties; le bord postérieur de la cloison est détruit dans sa partie supérieure, la muqueuse voisine de la base du crâne est arrachée. L'hémorrhagie semble avoir été produite par la déchirure de l'artère spléno-palatine gauche.

Aussi, après avoir eu un tel exemple sur les yeux, conseillerons-nous plus que jamais de ne porter aucun instrument tranchant dans le pharynx, sans s'être assuré préalablement *de visu* de l'état des parties. Au reste, Schalle avait déjà renoncé à l'emploi du couteau de Meyer et des diverses pinces usitées dans le traitement des tumeurs adénoïdes. Il lui semble incompréhensible que les trompes ne soient pas blessées quand on opère dans le pharynx sans se guider ou par l'œil, ou par le doigt, car la pince saisit tout ce qui se présente dans ses mors. Combien de cornets même n'ont-ils pas été enlevés de la sorte!

Nous ne dirons que quelques mots du traitement des tumeurs adénoïdes. Nous basant sur ce fait que tout instrument tranchant, toute pince, est généralement condamnée pour l'ablation des polypes du nez, nous préférerons l'emploi de la galvano-caustie, en particulier le couteau ou l'anse portés sur les conducteurs coudés en forme d'S pour les opérations par la bouche, ou droits pour celles pratiquées par les fosses nasales, en ayant soin de faire usage de la rhinoscopie.

Répertoire clinique des maladies du larynx et de la gorge *(Observation n° 929).*

par le Dr Moura-Bourouillou (1)

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter est d'ordre purement physiologique.

Il s'agit d'un gardien de la paix qui entra, le 25 mai 1874, dans la salle Saint-Ambroise, n° 5, à Beaujon. Il portait

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

une vaste plaie au cou. Dans une tentative de suicide, il se donna de gauche à droite un coup de rasoir qui ouvrit profondément, des deux côtés, le pharynx. Le professeur Dolbeau, dans le service duquel il se trouvait placé, me fit prévenir quelques jours après, et il mit le blessé à ma disposition, afin de l'examiner au laryngoscope et d'étudier en même temps le mécanisme de la déglutition.

La plaie était en voie de guérison. Aucune ligature, aucune tentative de rapprochement, n'avaient été faites. La nature seule, aidée de pansements, était en pareil cas, pour Dolbeau, le meilleur chirurgien. Le résultat lui donna raison.

Toute la paroi antéro-latérale du pharynx était ouverte. Au fond de la plaie on voyait l'épiglotte, le repli aryténo-épiglottique, la thyroïde avec son bord postérieur proéminent sous la muqueuse, la partie inférieure de la gouttière pharyngo-œsophagienne, jusqu'au cricoïde à droite. La muqueuse tapissait cette vaste cavité.

Voici la description abrégée qu'un des élèves du service, M. A. Weiszerber, fit de la blessure :

La lèvre inférieure de cette plaie présente, d'avant en arrière : la peau; puis une surface plane dans laquelle on reconnaît les muscles thyro et sterno-thyréoïdiens; plus, en arrière, une gouttière limitée, en avant, par ces mêmes muscles, par la membrane thyréo-hyoïdienne et la muqueuse, par la face externe de l'épiglotte, dont l'angle droit fait saillie, par l'orifice supérieur du larynx, les replis aryténo-épiglottiques, les cartilages aryténoïdes; enfin, par l'orifice inférieur du pharynx.

L'instrument tranchant a entamé les replis aryténo-épiglottiques et produit une section des tissus de bas en haut à gauche, de haut en bas à droite. Aux deux angles de la plaie, on voit battre les carotides qui semblent avoir fui.

La lèvre supérieure de la plaie présente, en avant, des masses musculaires; puis la base de la langue, qui s'abaisse pendant les mouvements de déglutition, tandis que le larynx remonte. Ces mouvements sont exécutés avec facilité. Le malade mange et boit très bien, et rien

ne sort par la plaie. Point de gêne du côté du larynx ou de la respiration.

La phonation a été impossible pendant les deux premiers jours; le malade a causé ensuite à voix basse d'abord, puis à haute voix, à mesure que la plaie s'est fermée.

Telle est, en quelques lignes, l'observation dont j'ai contrôlé les détails.

Le hasard, on le voit, est parfois un grand maître, un expérimentateur et un vivisecteur hors ligne.

Il y a longtemps que les physiologistes cherchent la vérité sur le mécanisme de la déglutition, ou plus exactement *glutition.*

En présence des expériences laryngoscopiques que j'ai faites en 1861 et plusieurs fois renouvelées; en présence de l'observation que je viens de vous faire connaître et qui les confirme, que devient le rôle attribué à l'épiglotte par les physiologistes de tous les temps dans la fonction de la déglutition?

Ainsi, d'une part, l'épiglotte, dont le bord libre était, dans le cas présent, conformé suivant le troisième genre, ne s'abaisse pas sur la glotte, ne s'infléchit même pas sur le vestibule; elle reste droite. Les angles de son bord libre se rapprochent de la paroi postérieure du pharynx, s'appliquent contre cette paroi, ainsi que les replis aryténo-épiglottiques, réduits à leur plus petite expression par la montée du conduit aérien, et forment avec elle l'entrée d'un canal pharyngo-épiglottique et vestibulaire dans lequel les aliments s'engagent, poussés par une énergique pression de la base de la langue d'abord, par une sorte de succion ou d'aspiration que la descente du larynx et du pharynx exercent ensuite sur eux.

D'autre part, les liquides ne passent point sur les côtés de l'épiglotte, contrairement à la croyance de tout le monde, pas plus que dans les gouttières latérales; ils suivent la même filière que les aliments solides.

Ces faits, je les ai établis par mes expériences laryngoscopiques. Ils contredisent tous les physiologistes. C'est pourquoi le Dr Moura se trompe, car un seul ne

saurait avoir raison contre tous, dit la sagesse universelle.

Ah! si certain professeur de physiologie de la Faculté de Paris avait été encore vivant en 1874! S'il avait pu, comme moi, voir l'acte de la déglutition s'accomplir sur l'agent de la paix, quel désappointement il aurait éprouvé, lui qui, par son imagination chagrine et surmenée, était parvenu à embrouiller le mécanisme de la déglutition plus que tous les expérimentateurs ensemble! Que d'écrits, que de soucis il se serait évités! Que de nuits et que de promenades tranquilles il se serait données!

Présentation d'un cartilage aryténoïde nécrosé et rejeté pendant la vie.

par le Dr Schiffers, de Liège (1).

La pièce que je présente est formée de deux parties qui se raccordent parfaitement pour former un cartilage aryténoïde.

C'est le cartilage aryténoïde gauche d'un malade âgé de trente-huit ans environ, qui a eu une fièvre typhoïde grave, au début de l'épidémie que nous avons traversée à Liège, fin 1882 et commencement de 1883. La plus grande des parties a été éliminée au milieu de phénomènes imminents d'asphyxie.



L'examen laryngoscopique n'a pas été fait à ce moment ni dans le cours de la fièvre typhoïde; je n'ai vu le malade que plus tard, en consultation. Deux ou trois mois après que les symptômes furent calmés et après l'élimination de ce premier séquestre, j'ai vu un jour en travers de la glotte la seconde portion du cartilage, plus petite, dont la plus fine extrémité touchait et même s'enfonçait un peu dans l'épaisseur du tiers postérieur de la corde vocale

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie,* séance du 19 octobre 1883.

inférieure droite. J'étais sur le point d'essayer d'en débarrasser le patient, quand elle fut rendue telle qu'elle est par un effort de toux.

Les jours précédents, il y avait eu de nouveau des phénomènes de sténose laryngée assez prononcés.

Depuis lors, le malade, qui est un homme robuste, n'ayant jamais eu d'affection, se porte bien. Il a repris son train de vie ordinaire, voyage pour ses affaires comme auparavant.

A l'examen laryngoscopique, on ne voit, pour ainsi dire, que la corde vocale inférieure droite, qui est large et fonctionne activement lors des mouvements phonateurs et respiratoires. Elle va toucher, pendant l'émission du son *e*, le bord interne de la corde vocale inférieure gauche, qu'on voit à peine. Lors du premier examen, j'avais constaté des signes de paralysie unilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs. La voix est relativement bonne; le timbre est voilé, mais l'enrouement n'est pas prononcé.

De l'angine chronique rhumatismale, de son aspect typique et de ses rapports avec les affections de l'oreille et la surdité;

Par le Dr Gellé (1).

On sait combien facilement les cavités de l'oreille moyenne sont envahies par les divers processus pathologiques qui ont le pharynx pour siège. L'examen de la gorge fait donc partie intégrante de celui des oreilles. Il est même la source des notions les plus sérieuses sur la nature et la pathogénie de l'affection auriculaire et de la surdité dont se plaint le patient. Parmi les divers tableaux offerts par l'inspection du pharynx : fongosités, tumeurs adénoïdes, état catarrhal, veinosités, état hypertrophique ou atrophique de la muqueuse, il en est un sur lequel je désire attirer particulièrement l'attention,

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

à cause de la netteté de son aspect, de son caractère tranché et de son type absolument spécial, enfin parce qu'il se présente à l'observation du médecin auriste avec une fréquence relativement grande et plutôt dans le cours de certaines formes de troubles de l'audition et du vertige dit de Ménière surtout. Pour marquer mieux encore l'importance de cette sorte d'angine chronique hyperplasique, j'ajoute qu'elle me semble éclairer vivement le diagnostic de la nature de ces affections auriculaires, car il résulte de l'analyse d'observations, dont le nombre est aujourd'hui de plus de 5,000, que cet aspect du pharynx est une manifestation des diathèses rhumatismale et goutteuse le plus souvent. Je vais donner, dans un rapide résumé, la description de cette forme, ou type de lésion pharyngée, ses caractères, et un mot seulement de son diagnostic et des lésions auriculaires avec lesquelles on l'a observé.

Voici l'aspect du pharynx bucal : muqueuse lisse, brillante rutilante, plissée, tuméfiée, faux-piliers verticaux, derrière les piliers postérieurs; cavité pharyngée retrécie, annulée (*pharynx virtuel*).

C'est un des tableaux de cette galerie que le médecin rencontrera le plus fréquemment.

Il a été confondu avec celui que donne l'état catarrhal chronique; mais dans ce dernier cas la lésion est superficielle, l'affection sécrétante, générale, le plus souvent due à des irritations locales (tabac, alcool, etc.), ou liée à la scrofule.

Dans le nouveau type pharyngé que nous allons décrire, la muqueuse et le tissu sous-muqueux sont à la fois pris; de là, des déformations caractéristiques. C'est un exanthème doublé d'un œdème sous-muqueux, très congestif, très vasculaire; il coïncide souvent avec une face vultueuse, pleine, animée, colorée; c'est à l'état chronique, indolent presque toujours, l'aspect de l'angine aiguë rhumatismale (sans fièvre, sans réaction générale, avec récidives des poussées et une durée remarquablement longue (des années).

Par suite de l'épaississement du tissu muqueux et sous-muqueux, de l'engorgement vasculaire, la cavité de la gorge disparaît; le vide n'existe plus derrière

l'isthme, tout est comblé ; le fond et les côtés, prodigieusement gonflés et plissés, remplissent le pharynx.

A la vue, il n'y a plus derrière la langue qu'un plan inégal, plissé, rouge, vif, où tout est confondu (pharynx virtuel).

Dans le cas où l'engorgement est moindre sur le fond, de chaque côté on distingue nettement deux replis muqueux épais, colorés, verticaux, qui forment à droite et à gauche un troisième pilier plus volumineux, et dont les bords, comme deux rideaux, cachent et couvrent le fond, visible seulement dans le sillon étroit et vertical qui sépare ces deux replis pathologiques (faux-piliers).

On peut trouver la lésion unilatérale; je l'ai vue limitée à un côté dans plusieurs cas de vertige de Ménière qui furent la manifestation première d'une attaque de goutte irrégulière. Dans cette forme hyperplasique, on rencontre peu de véritables granulations.

La résolution de cet engorgement chronique du pharynx est possible, avec retour complet de la muqueuse et de la cavité à leurs proportions normales. Mais ces récidives sont faciles et sournoises. A la suite, la muqueuse reste érythémateuse et parsemée d'étoiles fines de vaisseaux capillaires devenus variqueux.

J'insiste sur la fréquence extrême de ces aspects du pharynx, chez les sujets arthritiques, ayant eu des attaques de rhumatisme ou de goutte.

Sous l'influence de ces volumineux engorgements, les troubles et les lésions auriculaires sont souvent observées, la surdité bilatérale, le vertige de Ménière, les bourdonnements, les oblitérations des trompes et l'otite chronique rhumatismale. Le vertige de Ménière surtout s'accompagne de ces lésions du côté de la gorge ; et, dans quelques cas, la lésion auriculaire est tellement faible, la surdité si légère à la fois, le vertige s'améliore si bien en même temps, que l'état de la gorge se modifie, qu'il y a lieu de croire que le vertige comme la nausée est alors d'origine pharyngienne. La nausée permanente, de même que les vomituritions du matin, sont fréquemment symptomatiques de ces angines avec gonflement œdémateux et rétrécissement apparent de la cavité du pharynx (pharyngite nauséeuse, pharyngite à vertige). Phénomène

curieux, cette forme d'angine chronique évolue totalement ignorée du sujet ; elle est indolore, à peine gênante, fournit peu d'expectoration et est compatible avec des apparences de santé absolument bonne. Aussi les patients de se récrier, en disant qu'ils n'éprouvent aucun mal au gosier. Ils souffrent à la nuque, dans le cou, à la tête et peu de la gorge.

On peut rapprocher de cet aspect du pharynx celui qui se rencontre chez les buveurs de bière; ici, cependant, l'état catharral est surtout dominant (sécrétions abondantes, pituite le matin, gargouillement pharyngien à l'otoscope).

Ce n'est point ici le lieu, dans une communication nécessairement écourtée et rapide, de parler du diagnostic étiologique et du traitement de cette forme de pharyngite, si utile à connaître en otologie.

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 19 Octobre 1883.

Présidence du Dr Moura-Bourouillou.

La Société vote des remerciements à l'Administration de la ville de Paris pour avoir bien voulu lui accorder une des salles de la Mairie du 1er arrondissement afin d'y tenir ses séances.

M. le Secrétaire donne lecture de la liste des membres adhérents publiée dans le numéro précédent des *Bulletins*.

La correspondance comprend : *La Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie* du Dr Moure (années 1880-81 et 82) ; le numéro du 23 août 1883 des *Archives de Laryngologie* du Dr Massei, de Naples, et une brochure du Dr Solis-Cohen sur le *pronostic et le traitementde la tuberculose laryngée*. Notre distingué confrére admet que, si la

tuberculose laryngée a un pronostic généralement défavorable, il y a cependant d'heureuses exceptions ; cette maladie peut, dans certains cas, arriver à la guérison.

Liste des membres honoraires dressée par le Comité :

MM. Bœttcher, de Dorpat; Swan Burnett, de Washington; Berthold, de Kœnigsberg; Bezold, de Munich; Gruber, de Vienne; Labus, de Milan ; Lucæ, de Berlin; Michel, de Cologne; Moos, de Heidelberg; Massei, de Naples; Magnus, de Kœnigsberg; Politzer, de Vienne; Ramon de la Sota y Lastra, de Séville; Urban Pritchard, de Londres; Rossbach, d'Iéna; Rudinger, de Munich; John Roosa, de New-York; Schrötter, de Vienne; Stoerk, de Vienne; Schnitzler, de Vienne; Schwartze, de Halle; Solis-Cohen, de Philadelphie; Trœltsch, de Wursbourg; Tobold, de Berlin; Voltolini, de Breslau.

Liste des membres correspondants dressée par le Comité :

MM. Burkner, de Gottingue; Silvio Escolano, d'Alicante; E. Fraenkel, d'Hambourg; Gottstein, de Breslau; Hartmann, de Berlin; Hering, de Varsovie; Steinbrugge, de Heidelberg,

L'ordre du jour appelle la communication du Dr Delie, d'Ypres, sur le hoquet et spasme pharyngo-laryngé. (1).

DISCUSSION

M. Gellé. — Le hasard a voulu que je sois appelé aujourd'hui auprès d'un homme de soixante ans qui était atteint de hoquet.

Pendant un voyage de dix-huit heures en chemin de fer, ce malade avait pris froid; sa gorge était rouge, mais il ne se plaignait que de son hoquet, ou plutôt de ses hoquets; car il me disait en se tenant la région diaphragmatique : « J'ai deux hoquets, celui d'en bas et celui d'en haut. » Le premier, accusé par les secousses du diaphragme, dominait l'autre. Je

(1) Sera publiée dans le prochain numéro.

lui ai fait passer dans la région des fausses côtes un courant qui l'a fait disparaître.

Autre cas : Il y a dix-huit mois, je vis un jeune homme de dix-huit ans qui ne pouvait parler, tant le hoquet était accentué. Je fis usage du courant d'une pile de bichromate de potasse de deux litres de contenance, et, deux minutes après, le malade était tellement soulagé, qu'il put me raconter son histoire; de plus, il pouvait avaler et dormir, ce qu'il n'avait pas fait depuis le début de sa maladie.

Le D[r] E. Ménière lit un travail sur le rhumatisme aigu à début auriculaire (1).

DISCUSSION

M. J. Baratoux. — Le dernier cas auquel fait allusion notre collègue m'est personnel. C'est un malade qui, depuis quinze jours, accusait de l'insomnie et des douleurs dans l'oreille gauche. Il présentait de l'inflammation du conduit de ce côté; il avait, en outre, un gonflement œdémateux de la région mastoïdienne avoisinante.

Je le perdis de vue pendant deux mois. A cette époque, son état était absolument le même que précédemment, avec douleurs plus accusées toutefois dans l'oreille.

Le lendemain, la paupière supérieure gauche est enflée.

Trois jours après, à la suite d'un bain de vapeur, *tout gonflement de l'oreille, de la région mastoïdienne et de l'œil avait disparu.* Le tympan gauche était légèrement injecté, ainsi que la portion voisine du conduit; jusqu'à ce jour, cette partie était tellement gonflée, qu'on ne pouvait apercevoir le fond de l'oreille.

A droite, la paupière supérieure s'est enflée à son tour. Douleur de l'oreille et gonflement des parois du conduit auditif. En même temps, douleur aiguë au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite avec gonflement de cette région; les trois derniers orteils droits présentent le même état.

A la suite de bains de vapeur pendant trois jours consécutifs, tous les accidents disparurent, si ce n'est le gonflement de la paupière et du conduit, qui a cependant bien diminué.

(1) Ce travail a été publié *in extenso* dans le nº 11 de la *Revue* (1883).

M. Gellé a observé de nombreux cas où le rhumatisme commence par l'oreille; mais l'affection qui se porte sur cet organe est prise pour tout autre chose. A ce propos, M. Gellé communique le fait suivant : Une femme de cinquante-neuf ans a vu son attaque de goutte débuter par un vertige de Ménière au milieu de la nuit, au moment où elle se levait pour satisfaire un besoin naturel. Elle s'est sentie poussée en avant et elle est venue tomber sur un canapé placé à trois mètres de son lit. A ce bruit, son fils s'est levé, et celui-ci a cru que sa mère était prise d'accidents cérébraux. La malade ne pouvait bouger; elle paraissait, en outre, avoir une diminution considérable de l'ouïe. Dans les quarante-huit heures surviennent des vomissements qui font croire à la famille et à un médecin que la malade est atteinte d'une affection cérébrale. M. Gellé a toutes les peines pour imposer le diagnostic de vertige de Ménière.

Huit jours après, elle va mieux, elle n'a pas plus de vertiges, plus de vomissements, mais elle est prise d'asthme. M. Gellé constate la présence de râles sous-crépitants secs dans le poumon; il prescrit un lavement de chloral et des ventouses. Un nouvel accès se reproduit la nuit suivante, et trois sémaines après les articulations des deux coups de pied sont prises : c'était la signature du diagnostic.

La malade raconte alors qu'il y a dix ans, elle a ressenti des symptômes analogues : « C'est ma goutte qui revient » dit-elle.

Il est impossible de voir quelque chose de plus topique. Elle fut guérie en trois mois et depuis elle n'a jamais eu rien du côté de l'intelligence; elle n'a gardé qu'un peu de surdité.

M. Ménière dit qu'il n'a jamais vu nulle part qu'un acccès de rhumatisme ait été précédé d'une fausse otite moyenne et de phénomènes congestifs. Ce qui m'a le plus frappé, c'est la douleur d'oreille. Le tympan présentait anssi un signe spécial : il avait l'aspect d'un nuage orageux, il était foncé sur reflet.
» Je voyais que ce n'était pas la véritable otite ordinaire. »

M. Boucheron demande quelle était l'acuité auditive du malade.

M. Mènière. — L'audition était réduite au quart de l'audition normale.

M. Boucheron. — Et la trompe, quels signes présentait-elle?

M. Ménière. — Le malade, qui était docteur en médecine, n'a pas voulu que je pousse mon examen plus avant, tant les douleurs étaient intolérables. Je lui ai conseillé les bains locaux de pavot et des sangsues dans le sillon, puis un cataplasme pendant une heure sur la piqûre des sangsues afin de prolonger la saignée.

Le soir, continuité des douleurs violentes et lancinantes avec rémission temporaire et retour de ces souffrances.

M. Boucheron. — Au point de vue de la nature de la membrane qui tapisse la caisse, personne n'a donné la solution de la question. On s'étonne de trouver dans la caisse des phénomènes qui se rapprochent de ceux que l'on observe du côté des séreuses. Les otologistes prétendent que c'est une séreuse, les anatomistes disent le contraire.

Les synoviales ont des cellules qui sécrètent la mucine et la membrane de la caisse possède aussi des cellules sécrétant du mucus. Il y a des cils vibratiles à ces cellules mucipares, il n'y en a pas à celles des synoviales; mais il y a un point de rapprochement entre les séreuses et le tympan, c'est la sécrétion du mucus.

M. Moura dit que ce sont les articulations des osselets qui peuvent être le point de départ de tous ces phénomènes. Quant à la question des muqueuses et des séreuses, ce n'est pas le moment de l'entamer, on pourrait la renvoyer à une autre séance.

M. Gellé croit que l'opinion rapportée par M. Boucheron est une vieille idée. Il est plus important de se rappeler que c'est une muqueuse-périoste; c'est pour cela que le rhumatisme se jette sur la caisse, et il n'est pas étonnant qu'il ne s'y fixe pas. Les otites rhumatismales suppurent beaucoup.

M. Boucheron prétend que c'est parce que la caisse est ouverte, comme dans toute articulation qui présente un tel état.

M. Delie fait remarquer que la malade de M. Gellé n'est pas restée sourde et que le diagnostic de *vertige de Menière* n'est

peut-être pas exact, car, à l'étranger, on ne donne ce nom qu'à l'apoplexie du labyrinthe, tandis que la malade de M. Gellé n'a eu, semble-t-il, que de la congestion.

M. Ménière. — On a, en effet, improprement dénommé sous le nom de vertige de Ménière une maladie qui forcément se terminait par la perte de l'ouïe. Dans ces cas très nombreux, il y en a eu beaucoup qui, avec le cortège des syndromes de Ménière, se sont terminés par la guérison relative; on peut dire même qu'il n'est pas rare de constater 60 à 70 p. 100 de guérison. Il n'est donc pas exact de dire que cette maladie est caractérisée par des bourdonnements, du vertige, des vomissements et la perte de l'ouïe. M. Ménière s'inscrit en faux contre l'opinion de M. Guye, qui veut appliquer le mot de maladie de Ménière à tous les vertiges auriculaires; il faut dire, dans ce cas, vertiges auriculaires.

Sur la demande de plusieurs membres, la question du vertige est remise à une discussion ultérieure.

M. le Dr Blanc, de Lyon lit ensuite un mémoire sur les kystes du larynx. (1).

DISCUSSION.

M. Cadier. — A côté des kystes volumineux, il arrive que, croyant avoir affaire à un polype muqueux, on vide le kyste, comme cela m'est arrivé deux fois, en voulant le saisir avec une pince; du reste le diagnostic est impossible, car on ne peut constater la fluctuation.

M. Blanc dit que c'est ce qui arrive ordinairement; quant au traitement il donne la préférence à la galvano caustie.

M. Moura donne aussi la supériorité à cette méthode.

M. Prat demande si l'examen du contenu du kyste a été pratiqué.

M. Blanc répond que ce que le galvano-cautère a pu ramener était dans un état qui ne permettait pas l'examen; et, comme la famille n'a plus voulu que l'on introduisît aucun instrument dans le larynx de la jeune fille, il a été impossible de faire l'examen du contenu du kyste.

(1) Ce travail a été publié dans le dernier numéro de la *Revue*, n° 11, 1883.

Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne; des végétations adénoïdes, par le Dr J. Baratoux. (1).

DISCUSSION.

M. Delie est aussi d'avis de ne jamais opérer les végétations adénoïdes sans les avoir vues préalablement. Il est d'avis de chloroformiser les enfants. Il introduit alors le doigt dans le pharynx et écrase ces tumeurs.

M. Cadier ne croit pas que la rhinoscopie postérieure soit aussi facile qu'on vient de le dire, surtout chez les arthritiques, les fumeurs et les buveurs.

M. Moura dit qu'en effet il arrive parfois que chez les grandes personnes, on ne peut pas faire cet examen; mais chez les enfants, il n'en est pas ainsi : on peut les examiner par cette méthode d'exploration.

M. Delie fait remarquer que l'on trouve des adultes avec le nez effilé et avec arrêt de développement du maxillaire supérieur ; la hanche horizontale du maxillaire inférieur est proéminente ; ces malades ont eu des végétations adénoïdes, comme il a pu l'observer cinq ou six fois. Quant à la rhinoscopie postérieure, il l'a toujours pratiquée avec succès; une seule fois, il lui est arrivé de ne pas voir la cavité naso pharyngienne, il s'agissait d'un vieux buveur. Quant aux enfants, surtout ceux qui ont des végétations adénoïdes, cet examen n'offre pas de difficultés sérieuses.

Viennent enfin d'intéressantes communications de MM. Moura-Bourouillou, sur la déglutition (1) ;

Du Dr Moure, de Bordeaux, sur un cas de fracture probable des osselets de l'ouïe par violence indirecte (2) ;

Du Dr Schiffers, de Liège, sur la présentation d'un cartillage aryténoïde rendu par un malade atteint de fièvre typhoïde (3) ;

Du Dr Gellé, de l'angine chronique rhumatismale.

Vu l'heure avancée, la discussion de ce travail est renvoyée à la séance suivante.

(1) Voir page 353.
(2) Sera publiée dans le prochain numéro.
(3) Voir page 363.

Sur la demande des Membres présents, vu le nombre des communications présentées dans cette séance, le Comité décide qu'une réunion supplémentaire aura lieu le 20 décembre prochain.

Le Secrétaire,
J. Baratoux.

Revue Bibliographique.

Des formes cliniques de la tuberculose larygée ; pronostic et traitement ;

par le Dr Ducau.

M. le Dr Ducau, mettant à profit les recherches récentes sur la tuberculose laryngée et les observations nombreuses qu'il a recueillies à la clinique du Dr Moure, de Bordeaux, a pris pour sujet de thèse inaugural le pronostic et le traitement de cette affection.

Après avoir fait l'historique de cette maladie, M. Ducau admet, comme la plupart des auteurs dont il passe les opinions en revue, qu'il existe une tuberculose laryngée primitive et une tuberculose secondaire; puis il propose d'admettre 3 périodes principales dans chacune de ces divisions : 1° période d'infiltration; 2° période d'évolution; 3° période de terminaison.

M. Ducau critique les classifications proposées jusqu'à ce jour et propose de les remplacer par une division basée sur l'évolution de la maladie ; c'est ainsi qu'il décrit les formes aiguë, subaiguë et chronique.

I. *Forme aiguë.* — Elle frappe l'âge adulte de 18 à 30 ans. *a.* Période d'infiltration : catarrhe du larynx à début brusque, pâleur de la muqueuse suivie souvent de rougeur de la muqueuse aryténoïdienne, des cordes, de la face laryngée de l'épiglotte, des bandes verticulaires et des replis ary-épiglottique. S'il y a tuméfaction de la région aryténoïdienne, il faudra craindre la pthisie laryngée ; s'il y a aspect velvétique, la tuberculose sera presque certaine. L'épithélium tombe et fait place aux érosions.

b. Période d'évolution; elle est caractérisée par les ulcérations et le gonflement.

c. Période de terminaison, dans laquelle les tissus sont détruits par les ulcérations rongeantes; les cartilages sont atteints, nécrosés et éliminés; le larynx tout entier suppure. Cette période ne dure que quelques semaines.

A ces périodes correspondent les troubles fonctionnels caractérisés par de l'enrouement, de la toux, de l'expectoration muco-purulente au début, puis la voix devient rauque, raboteuse, il se produit de la dysphonie; la voix est alors quinteuse, sourde ou étouffée, l'expectoration purulente. Le malade a de la dysphonie, les douleurs auriculaires, dans les cas de rétrécissement de la glotte, le cornage, la dyspnée et les accès de suffocation se font sentir. Enfin, à la dernière période, la voix est perdue, la toux constante, la dysphagie est très prononcée.

A cette forme aiguë se rattache la *tuberculose* miliaire, caractérisée par l'apparition dans divers points du larynx de petites saillies arrondies, demi-transparentes qui, isolées au début, deviennent rapidement confluantes, se caséifient et suppurent pour faire place à des ulcérations qui ne tardent pas à envahir tout l'organe.

II. *Forme subaiguë.* — Cette forme a une marche progressive avec alternative d'exacerbations et de répits.

Les premières lésions restent assez longtemps stationnaires; elles ne diffèrent pas des signes du catarrhe ordinaire; cependand la région aryténoïdienne est rouge foncé, un peu tuméfiée. puis surviennent les érosions, ensuite les ulcérations différentes des ulcérations syphilitiques ou scrufoleuses en ce que celles-ci ne s'accompagnent jamais de gonflement des parties voisines; la suppuration s'établit dans tout le larynx, qui n'offre plus qu'un bourgeon charnu. Dès que ces colorations sont constituées, il est rare que la phtisie pulmonaire ne marche pas d'une manière progrsssive vers sa période ultime. La mort arrive en 10 ou 12 mois.

III. *Forme chronique.* — On l'observe chez l'adulte, vers l'âge de 35 à 45 ans. Sa durée est de plusieurs années, elle peut parfois se terminer par la guérison.

A. *Période d'infiltration;* elle vient sournoisement; au début décoloration, de la muqueuse du palais, du pharynx et du larynx avec fréquentes tuméfactions de la région aryténoidienne

qui devient rouge. Aspect velvétique de la commissure postérieure.

B. *Période d'évolution.* — Œdème des replis aryténo-épiglottiques, granulations jaunâtres sur la muqueuse aryténoidienne, sur les cordes vocales et sur la face inférieure de l'épiglotte, les granulations s'ulcèrent, leurs bords s'hypertrophient, l'épiglotte prend l'aspect chassieux, les cordes vocales sont grisâtres, à bords déchiquetés, avec sallies végétantes.

C. *Période de terminaison.* — L'épiglotte peut être détruit par l'ulcération, les articulations crico-aryténoïdiennes s'ankylosent, les cordes sont complètement désorganisées, les bandes ventriculaires sont ulcérées avec œdème de l'épiglotte et des aryténoïdes.

Les troubles particuliers déjà décrits sont en rapport avec les lésions.

Pronostic. — Un certain nombre d'auteurs ne croient pas à la guérison de la phtisie laryngée ; mais le grand nombre est d'un avis opposé. Le Dr Ducau dit que la curabilité est possible, non pas dans la forme aiguë ou miliaire, mais dans la forme chronique ; quant à la forme subaiguë, le mal peut être enrayé quelquefois dans sa marche ; dans ce cas elle devient chronique. L'âge du malade, l'hérédité, la profession, le climat, ont une influence sur la marche de la maladie.

Traitement. — Outre le traitement général, le médecin doit avoir recours au traitement local :

1° Traitement prophylactique ;
2° Révulsifs cutanés ;
3° Applications topiques ;
4° Moyens chirurgicaux.

C'est sur les applications topiques que M. Ducau s'étend principalement.

Après avoir donné l'opinion d'un grand nombre d'auteurs relativement aux attouchements caustiques et astringents, il les repousse en général, ainsi que les insufflations de poudre ; les gargarismes peuvent être employés dans les cas d'ulcérations extra-laryngées de l'épiglotte par exemple. Les pulvérisations n'ont pas l'inconvénient des médications précédentes ; aussi les préfère-t-il : l'acide phénique, la créosote, etc. M. Ducau passe en revue les principaux médicaments employés et rejette le nitrate d'argent et les sulfureux, ce dernier déterminant en général une poussée inflammatoire dont il est souvent impossible de mesurer la portée.

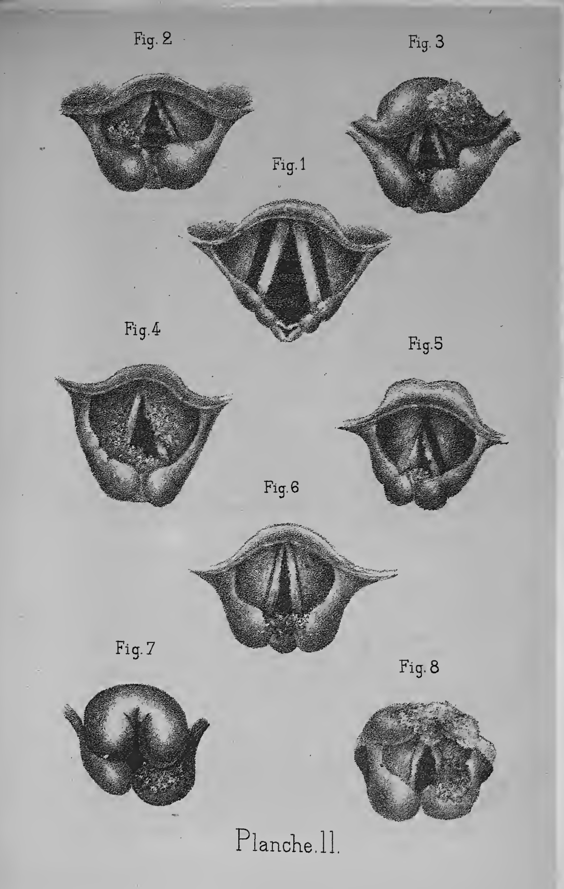


Planche. II.

Dr E. J. MOURE AD. NAT. DEL. & SCULP.

IMP. A. BELLIER & Cie Bx

Quant aux scarifications, à la dilatation du larynx, il n'en est pas partisan. La trachéotomie peut être utile dans certains cas, mais seulement pour empêcher l'asphysie.

Cette thèse, bien étudiée, nous donne l'état actuel de la question au point de vue de la classification du traitement. L'auteur se montre d'une prudence extrême, relativement aux applications topiques du larynx, qui souvent ne font qu'aggraver les lésions. On voit que M. Ducau a fait plus que d'étudier les écrits de ses prédécesseurs, il les a discutés en connaissance de cause, et de plus a montré que la phtisie laryngée ne sortait pas de la règle nosologique, qui admet deux formes principales dans toutes les maladies : l'une aiguë, l'autre chronique. Aussi croyons-nous qu'elle sera lue avec intérêt non seulement par les médecins s'occupant spécialemeut des affections du larynx, mais encore par tous ceux que la phtisie intéresse.

Deux planches accompagnent ce travail, et nous reproduisons ici l'une d'elles, qui reproduit les différents types de l'affection tuberculeuse du larynx.

J. Baratoux.

Revue de la Presse

De la tuberculose du voile du palais; par les D[rs] Guttmann et Lublinski. — Sur 3 à 400 tuberculeux que Guttmann a l'occasion d'observer tous les ans, un pour cent seulement est atteint de tuberculose du voile du palais et ses annexes. Lublinski qui a, comme assistant de la policlinique de l'Université, examiné pendant 5 ans 16,000 malades annuellement, n'en a rencontré que dix cas; cependant 20 p. 100 de tous ces malades étaient atteints de maladie des voies respiratoires; et c'étaient toujours chez des malades chez lesquels la tuberculose des poumons et du larynx était très avancée qu'il rencontra cette affection.

A la remarque qu'il est probable que bien des cas passent inaperçus, Guttmann oppose que ce n'est guère possible, vu les grandes souffrances causées par cette affection, surtout par la déglutition.

Quant à l'étiologie de la maladie, les deux auteurs se rallient à l'opinion émise par Rindfleisch, que la tuberculose du larynx est occasionnée par des crachats qui se répandent le long de la trachée sur le larynx, et ainsi en suite sur le voile du palais. Comme infection primitive (Isambert), l'affection n'existe pas. (*Deutsche Medicinal Ztg.*, n° 19, 1883.)

L. B.

De l'amygdalite infectieuse; par M. LANDOUZY. — Dans une leçon fort intéressante, M. Landouzy fait une étude de l'amygdalite infectieuse, à l'occasion d'une malade entrée à la Charité pour un mal de gorge d'aspect franchement inflammatoire, au cours duquel s'est révélée une albuminurie rétractile notable et bien constatée par les réactifs.

L'intérêt de ce fait réside précisément dans la juxtaposition du mal de gorge et du mal de reins. Or, dans cette juxtaposition, il faut voir autre chose qu'une coïncidence et chercher si l'amygdale et le rein ne témoignent pas chacun à leur manière d'une même imprégnation. Il est de fait que mal de gorge et mal de reins semblent émaner d'une commune origine et n'apparaître que comme une double localisation au cours d'une seule et même maladie dont il reste à trouver la nature. La preuve en est dans ce fait qu'en dehors du trauma, les angines n'existent pas en tant que maladies locales. Quelle est donc la nature de cette angine? Pour la dégager, il y a deux procédés : l'un consistant à rechercher s'il y a eu quelque travail exanthématique ou énanthématique qui, par ses caractères, puisse être comparé aux lésions de la gorge; l'autre, toute préoccupation des caractères morphologiques de la phlegmasie gutturale mise à part, consistant à rechercher des préexistences ou des coexistences pathologiques. Tous deux ont été négatifs. Cependant, étant donné que l'on a été en présence d'une albuminurie rétractile, c'est-à-dire d'une albuminurie d'essence néphrétique et non d'essence dyscrasique, ici amygdalite et néphréte sont l'expression polymorphe d'une même infection, au même titre que l'énanthème guttural et l'érythème cutané sont des manifestations de la scarlatine.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on révèle la coïncidence d'un état général grave ou de l'albuminurie au cours ou au déclin d'une angine réputée franchement inflammatoire. Il n'en est pas moins vrai que ce n'est que récemment que l'on a songé

à se demander le pourquoi et le comment de ces coïncidences, et c'est la reconnaissance de cette soi-disant complication rénale qui a porté MM. Bouchard et Kannenberg à ranger certaines angines hors-cadre dans le groupe, chaque jour élargi et mieux rempli, des maladies infectieuses. La croyance du professeur Bouchard et de Kanneuberg à une maladie infectieuse et rénale repose, dit M. Landouzy, sur l'examen de faits patiemment suivis, sur l'interprétation d'observations dans lesquelles l'angine s'est montrée, non-seulement avec l'appareil symptomatique général des maladies infectieuses, mais encore la néphrite qui l'accompagnait s'est révélée néphrite infectieuse. C'est le cas de trois angineux vus par Kannenberg, chez lesquels il a observé des micrococcus, dans les cylindres et les cellules épithéliales, ainsi que dans l'urine à l'état libre. C'est le cas des malades de M. Bouchard, et notamment d'un homme dont l'autopsie a pu être faite. C'est enfin le cas d'un garçon coiffeur, soigné à l'Hôtel-Dieu par M. Landouzy. Aussi ce dernier croit-il, avec M. Bouchard, à la nécessité de décrire, sous le nom d'amygdalite infectieuse, certains syndromes se présentant avec la physionomie et les allures qu'ils ont eus chez sa malade. C'est un bon moyen d'éviter des erreurs de diagnostic et de pronostic, et de se rendre un compte exact de symptômes alarmants, d'états généraux graves, de convalescences longues ou accidentées au lendemain d'un simple mal de gorge.

Mais si l'étiologie infectieuse de certaines angines semble affirmée par les faits, il reste à déterminer la pathogénie de l'amygdalite infectieuse. Or, le contage peut pénétrer par des voies diverses, et Kannenberg s'est demandé si l'amygdalite ne serait pas une simple lésion de décharge qui se ferait dans le tissu amygdalien, par une sorte de diapédèse bactéridienne. D'un autre côté, est-ce que l'amygdale ne pourrait pas servir de porte d'entrée à l'infection, tout comme dans certains érysipèles de la face une vésicule eczémateuse ouvre la porte à l'exanthème infectieux? Voilà ce que permettent de supposer la situation et la structure même de l'organe. Il y a une chose bien certaine, c'est la fréquence des fièvres amygdaliennes et des abcès tonsillaires chez certains sujets jeunes et lymphatiques prédisposés par leur âge, leur constitution, le volume et la conformation de leurs amygdales. D'un point de vue général, à égalité de contage, la gorge

d'un enfant est bien autrement ouverte à l'infection que celle d'un adulte ou d'un vieillard.

La constitution des amygdales et les affinités morbides de la plupart des agents infectieux pourraient expliquer peut être les aptitudes dites *constitutionnelles* en vertu desquelles certaines personnes, certaines familles même, ont la spécialité des angines graves à répétition et récidivant peut-être par germination tonsillaire autochtone.

Toutes ces questions de pathogénie des angines, pour n'être pas solubles à l'heure présente, ne demeurent pas moins des hypothèses qui ont l'avantage d'amener à une médication dont le but est de prévenir les malades, soit contre la localisation angineuse au cas où l'infection serait entrée par une porte autre que la gorge, soit contre la possibilité d'une nouvelle infection directe. Cette indication réside dans la destruction de l'amygdale par l'ignipuncture avec le cautère Paquelin. En outre, l'emploi de l'acide salicylique et de l'acide phénique, du premier surtout, l'emploi du benzoate de soude en potion et en topique, comme l'ont recommandé Klebs et Kannenberg, répond au traitement de l'angine infectieuse tant à son acmé qu'à son déclin, de manière à poursuivre les contages qui pourraient rester dans le tissu amygdalien et faire un jour ou l'autre nouvelle éclosion. (*Le Progrès Médical*, nos du 4 et du 11 août 1883.)

Atrésie du maxillaire supérieur produite par les végétations adénoïdes du pharynx. — La communication de M. le Dr Th. David (de Paris) peut se résumer dans les propositions suivantes ;

1° Les végétations adénoïdes qui se développent fréquemment dans la cavité naso-pharyngienne de l'enfant, se révèlent à l'extérieur par un aspect particulier de la face.

2° Cette modification de la physionomie est caractérisée par l'ouverture permanente de la cavité buccale, l'allongement de la face, l'affaissement des joues, par suite, la saillie des pommettes, la projection en avant de la région incisive supérieure, etc. ;

3° Anatomiquement, cette modification consiste essentiellement dans une déformation du maxillaire supérieur. Cet os est aplati transversalement dans sa partie buccale. La parabole alvéolo-dentaire ne conserve plus sa forme ni ses

dimensions. Les parties latérales sont rentrées au point de diminuer quelquefois de moitié son diamètre transversal (atrésie). Par contre, la profondeur de la voûte palatine est exagérée. Ainsi constituée, étroite et profonde, la voûte ne peut plus recevoir dans certains cas même la pulpe du petit doigt;

4° Les dents, au contraire, conservant tout leur volume, ne trouvent plus une place suffisante. Elles ne peuvent que se ranger irrégulièrement en dedans ou en dehors de l'arcade. Mais le plus souvent elles se projettent en masse en avant, déterminant ainsi une saillie considérable de toute la rangée antérieure. Les incisives et les canines, ne se trouvant plus en rapport avec leurs congénères inférieures, s'allongent, sortent de la bouche et arrivent à couvrir la lèvre inférieure;

5° Cette conformation particulière de la voûte palatine et de l'arcade dentaire a reçu déjà diverses interprétations. On s'accorde généralement à lui donner une signification ethnologique : quelques auteurs y voient un signe de distinction, d'autres, au contraire, un signe d'infériorité de race;

6° M. Th. David pense qu'il y a une corrélation directe entre cette modification et la présence des végétations dans le pharynx. Ces dernières gênent, empêchent même la respiration nasale. La voûte palatine, encore en voie de développement (première et deuxième enfances), et de plus ramollie, comme on le constate généralement dans les cas de végétations adénoïdes de cette région, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, doit subir sur sa face buccale une pression constante qui la déprime et lui donne cette forme particulière de gouttière rétrécie. (*Congrès de Rouen*, XIIe session, 1883.)

Corps étranger des fosses nasales chez un jeune enfant. Noyau de cerise; par M. Desprès. — Un enfant de trois ans s'est introduit un noyau de cerise dans la narine gauche. M. Desprès recommande, en pareil cas, de ne pas repousser le corps étranger, qui pourrait tomber dans le larynx et nécessiter la trachéotomie, mais bien de l'extraire à l'aide de la curette articulée de Le Roy d'Etiolles; ce qui fut fait avec une extrême facilité. (*Gazette des hôpitaux*, 31 juillet 1883.)

Sur la chorée du larynx. — M. Blachez lit deux observa-

tions relatives à des enfants âgés l'un de dix ans, l'autre de six, d'un caractère gai et non nerveux. M. Blachez conclut à une chorée fruste du larynx, quoiqu'il n'y ait dans l'économie aucun autre symptôme de chorée; tout se limitait à des phénomènes du côté de l'appareil de la phonation, les deux petits malades ayant fréquemment des aboiements très intenses.

La belladone, la valériane, le bromure de potassium, l'hydrothérapie n'eurent aucun succès chez le premier malade; seul, le chloral amena la guérison. Il est vrai qu'à cette même époque le petit malade eut un peu de rhumatisme avec un mouvement de fièvre qui peut n'avoir pas été étranger à la disparition des spasmes. Chez le second, âgé de six ans, le bromure de potassium suffit. (Académie de Médecine, séance du 16 octobre 1883.)

Du goître rétro-pharyngo-œsophagien; par C. Kauffmann. — La littérature en contient neuf cas, dont un seul ne représente qu'un goître peu développé, les autres sont des goîtres établis dans les coins postérieurs de la glande thyroïde; ces derniers sont formés par la simple continuation des lobes latéraux se dirigeant du pôle supérieur en arrière et en dedans pour se placer en arrière du pharynx et de l'œsophage, généralement au point où se fait la réunion de ces organes.

Le goître était bilatéral dans deux cas, unilatéral dans quatre; cinq fois à droite, six fois à gauche. C'étaient des tumeurs de la grosseur d'une prune ou d'une pomme, placées entre le constricteur inférieur ou la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale, faciles à décoller. La portion reliant la corne postérieure au lobe latéral a l'épaisseur d'un doigt et se trouve au niveau de l'entrée du larynx on plus haut; pas de vaisseaux spéciaux, alimentation par la thyroïdienne supérieure.

La nature des tumeurs était bénigne, kystes ou tumeurs solides.

Dans deux cas, il n'y avait aucun symptôme; dans les autres, on avait recours au médecin à cause des difficultés de respiration et de déglutition; il y eut même des accès de suffocation.

Le diagnostic du goître rétro-pharyngo-œsophagien bilatéral est facile. Il en est de même du goître unilatéral, dans les

cas où on peut voir par la bouche une tumeur; celle-ci est lisse, la muqueuse qui la recouvre est normale et monte au moment de la déglutition. Le point sur lequel l'auteur insiste, c'est qu'on peut déplacer cette tumeur avec le doigt vers un côté, celui seulement vers le lobe latéral auquel elle est reliée.

La différence entre le goître et les abcès chroniques et autres tumeurs rétro-pharyngiennes indépendantes se manifeste pas l'impossibilité de déplacer ces dernières et leur immobilité dans l'acte de la déglutition.

Pour extirper ces néoplasmes, on fait une incision au-devant du muscle sterno-mastoïdien; la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure pousse la tumeur par le pharynx vers la plaie; on ouvre sa capsnle par une incision et on la retire; s'il existe en même temps un goître antérieur, on commence par l'extirpation du lobe latéral pour arriver plus facilement à la tumeur postérieure. On s'abstiendra des injections iodurées à cause du danger sérieux auquel le gonflement consécutif peut donner lieu.

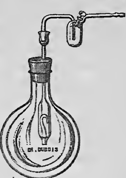
Kauffmann a observé le cas suivant : Une jeune fille de vingt-un ans éprouve depuis trois semaines des difficultés pour déglutir, avec accès de suffocation survenus la veille de la consultation, sans cause particulière. Menstruation régulière; voix un peu rauque, grimaces en avalant; à droite, goître de la grosseur d'un œuf de pigeon. A l'inspection par la bouche, on aperçoit une proéminence de la paroi postérieure du pharynx.

L'exploration avec le doigt révèle l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une prune, se déplaçant de bas en haut pendant les mouvements de déglutition et se laissant déplacer. Kauffmann extirpe avec beaucoup de difficultés le goître droit, attire la tumeur pharyngée qui suit facilement et se laisse aussi facilement détacher avec le doigt. Durée de l'opération, trois heures. Guérison complète huit jours après. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1883. *Bd. XVIII*, *Hft* 3 et 4. et *Centralbl. f. Chir.* n° 21, 1883.) L. B.

Nouvel appareil pour les insufflations de chlorhydrate d'ammoniaque.

Cet apparcil se compose d'un ballon fermé par un bouchon en caoutchouc percé de deux trous. L'un deux est destiné à

recevoir un tube par lequel arrivera l'air qui devra sortir chargé de chlorhydrate d'amoniaque par l'autre ouverture du bouchon. A cet effet, celle-ci est traversée par un tube en verre élargi à son extrémité inférieure. Dans cette dernière partie s'engage un autre tube recourbé en forme de crosse. Cette disposition fait que l'air, qui du ballon s'engage dans ce tube, ne s'ouvre qu'à la partie supérieure du renflement. La portion du tube en verre, qui sort du bouchon, s'élargit pour recevoir un bouchon à émeri creux qui se termine par un tube venant s'ouvrir dans un petit réservoir portant sur le côté un bouchon et sur une autre de ses parois, un dernier tube en verre auquel on adapte un tube en caoutchouc. *(Voir fig.)*



Dans ce réservoir, on verse de l'acide sulfurique par l'ouverture latérale; c'est le flacon laveur. Le ballon contient de l'acide chlorhydrique; le tube en verre traversant le bouchon en caoutchouc renferme de l'amoniaque qui, grâce à la disposition de la partie recourbée en crosse, ne peut tomber dans le flacon extérieur contenant l'amoniaque.

Il est facile de voir que l'air arrivant dans le ballon se charge d'acide chlorhydrique qui, ne trouvant qu'un seul orifice de sortie, arrive au tube élargi par le tube en crosse, ou au contact de l'amoniaque, forme du chlorhydrate d'amoniaque, qui passe par le flacon laveur, contenant l'acide sulfurique, pour sortir par le tube en caoutchouc, que l'on adapte au catheter préalablement introduit dans la trompe d'Eustache.

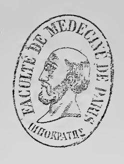
Cet appareil peut être adapté soit à l'appareil de Bonnafont, soit à celui de Miot, soit à celui de M. Dubois, que nous avons fait disposer à trois branches. Ce dernier appareil se fixe au mur.

J. BARATOUX.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

TABLE DES AUTEURS



TOME III
1883

TABLE DES MATIÈRES